

gemist. Het geringe aantal zeer jonge kinderen dat werd onderzocht is voor deze negatieve uitkomst mogelijk medeverantwoordelijk, daar ook de meeste adeno-infecties zich afspeelden in de eerste vijf levensjaren. Tenslotte bestaat ook de mogelijkheid dat adenovirussen althans in dit seizoen en in deze praktijk weinig of niet zijn voorgekomen.

Infectie met een rinovirus kon slechts eenmaal worden aangetoond. In het onderzoek van Mufson en medewerkers bestond de helft van het totale aantal isolaties uit rinovirussen. Dit verschil is waarschijnlijk grotendeels te verklaren door het verschil in patiëntenmateriaal, lopende patiënten enerzijds en bedlegerige patiënten anderzijds. Het aantal infecties met het respiratoir syncytiaal virus was eveneens minimaal. Dit virus infecteert overwegend zeer jonge kinderen. Zo konden *Elderkin* en medewerkers bij kinderen die opgenomen waren wegens een bronchiolitis of een pneumonie dit virus, dat bij deze aandoeningen etiologisch op de eerste plaats kwam, het meest frequent isoleren bij hen die jonger waren dan een half jaar, een leeftijdsgroep die in onze onderzoeksgroep niet voorkwam.

Het onderzoek naar het verband tussen virusinfecties en de leeftijd, respectievelijk het initiële aantal leukocyten, leverde geen nieuwe gezichtspunten op. Evenmin de waarneming dat een bepaald klinisch syndroom veroorzaakt kan worden door vele verschillende virussen en dat een bepaald virus de oorzaak kan zijn van verschillende ziektebeelden, waardoor het onmogelijk is een individueel ziektegeval op klinische gronden te determineren.

De hier gepubliceerde gegevens hebben slechts een casuïstische betekenis. Een soortgelijk onderzoek, mits gelijktijdig uitgevoerd in enkele regionaal verspreide praktijken en continu voortgezet, zou echter een nuttige bijdrage kunnen vormen voor de kennis van de etiologie van alledaagse infecties onder de Nederlandse bevolking, als aanvulling en correctie op het beeld dat het klinische onderzoek oplevert.

Samenvatting. In een huisartspraktijk werden in een tijd-

vak van 45 weken, dat liep van december 1964 tot november 1965, 1643 patiënten voor de eerste maal aan huis bezocht. Van 694 patiënten (42,1 procent) werd aangenomen dat zij mogelijk een acute virale infectie zouden doormaken. Om een inzicht te krijgen in de etiologie van deze acute infecties werden uit dit totaal van 694 patiënten, 75 patiënten (11 procent) volledig virologisch en serologisch onderzocht. Bij 32 van deze 75 patiënten (43 procent) kon op grond van dit onderzoek een diagnose worden gesteld.

Het influenza A virus kwam relatief het meest voor (elf patiënten). Hierna volgde het mycoplasma pneumoniae (negen patiënten), gevolgd door parainfluenza virus (vijf patiënten). De overige gevonden virussen, namelijk het respiratoir syncytiaal virus, influenza B, rinovirus, coxsackie virus en ECHO virus waren sporadisch vertegenwoordigd.

De gevonden virus-diagnosen werden verdeeld naar het jaargetijde, de leeftijd, het initiële aantal leukocyten, de voorlopige en de definitieve klinische diagnose.

Het verslag eindigt met een korte bespreking van een aantal ziektebeelden.

Summary. Virological diagnosis in general practice. In a general practice, first visits were made to 1643 patients over a period of 45 weeks, from December 1964 to November 1965. Of these, 694 patients (42.1 per cent) were assumed possibly to suffer from an acute virus infection. In order to gain some insight into the aetiology of these acute infections, a complete virological and serological study was carried out in 75 of this total of 694 patients (11 per cent). In 32 (43 per cent) of these 75 patients, a diagnosis could be established on the basis of these findings.

— Influenza A virus showed the highest relative frequency (11 patients), followed by mycoplasma pneumoniae (9 patients) and parainfluenza virus (5 patients). The remaining viruses (R.S. virus, influenza B, rhino-virus, Coxsackie virus and ECHO virus) were sporadically represented.

— The viral diagnoses established were divided according to season, age, initial leucocyte count, tentative and definite clinical diagnosis.

— A brief discussion of a number of disease pictures concludes this report.

- Banatvala, J. E., T. B. Anderson en B. B. Reiss, (1965) *J. Hyg. Camb.* 63, 155.
Dierckx, L., D. J. van Zaane en J. van der Veen, (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 300.
Elderkin, F. M., P. S. Gardner, D. C. Turk en A. C. White, (1965). *Brit. med. J.* II, 722.
Higgins, P. G., E. M. Ellis en D. G. Boston (1963) *Mon. Bull. Minist. Hlth. Lab. Serv.* 22, 71.
Medical Research Council, working party on acute respiratory virus infections. (1965). *Brit. med. J.* II, 319.
Mufson, M. A., P. A. Webb, H. Kennedy en R. M. Chanock. (1965). *J. Amer. med. Ass.* 195, 1.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

66-26. **Vaccination against measles: a clinical trial of live measles vaccine given alone and live vaccine preceded by killed vaccine. A report to the Medical Research Council by the Measles Vaccine Committee.** (1966) *Brit. med. J.* I, 441-446.

Het onderzoek, waarvan in dit verslag melding wordt gemaakt, vond plaats in 32 verschillende gebiedsdelen van Groot-Brittannië. Twee immunisatieprocedures werden onderzocht: levend verzwakt vaccin alleen of een dosis gedood vaccin, een maand later gevolgd door levend vaccin. Kinderen in de bedreigde leeftijdsgroep van tien maanden tot twee jaar, wier ouders toestemming hadden verleend, werden

in één van drie groepen ingedeeld om te ontvangen: a gedood vaccin, een maand later gevolgd door levend, b alleen levend vaccin en c geen vaccin. Groep a bestond uit 10.625; groep b uit 9.577 en groep c uit 16.328 kinderen.

Na de entingsprocedure werden de kinderen zes maanden vervolgd door de mazelen-epidemie van 1964-'65 heen. Nota werd genomen van reacties die de eerste drie weken na de enting optraden en van de opgetreden mazelen-gevallen in deze periode van zes maanden. De bedoeling is om de follow-up uit te strekken tot na een volgende epidemie. Gebleken is dat levend vaccin, indien alleen gegeven, meer ziekteverschijnselen gaf dan wanneer dit was voorafgegaan

door een gift met dood vaccin, maar in het algemeen waren de verschijnselen niet ernstig. De klachten door de vaccinatie opgeroepen waren: gebrek aan eetlust, braken, gestoorde slaap, malaise, exantheem en koorts. Enkele gevallen van convulsies werden in alle drie groepen aangetroffen en allen behalve één stonden met koorts in verband. Het tijdstip van optreden van deze convulsies vergelijkend met het tijdstip van enting, gaf aan dat levend vaccin, wanneer dit alléén werd gegeven, verantwoordelijk was voor enkele gevallen, maar niet wanneer deze handeling was voorafgegaan door toediening van dood vaccin. Het bleek bovendien dat de convulsies, volgend op enting met levend vaccin, onderdeel waren van een algemene koortsreactie welke normaal is voor kinderen van deze leeftijd en niet ernstig waren van aard. Tevens bleek de frequentie van optreden van deze convulsies kleiner te zijn dan bij mazelen. Toch menen de auteurs dat toediening van alléén levend vaccin aan kinderen met een eigen- of familie-anamnese, waarin convulsies voorkomen, dient te worden vermeden.

Beide entingsmethoden gaven een behoorlijke bescherming tegen mazelen. In de periode van zes maanden werd mazelen vastgesteld bij 128 kinderen van de groep dood/levend vaccin; bij 156 in de levend-vaccin-groep en bij 1531 in de niet-gevaccineerde groep. De corresponderende morbiditeitscijfers per 1000 kinderen waren respectievelijk 12, 16 en 94. Wij mogen dus concluderen dat de enting een verlaging van de morbiditeit opleverde van circa 85 procent. Bovendien waren de ziektegevallen bij de gevaccineerden in het algemeen milder dan bij de niet-gevaccineerden. Eenzelfde daling van het aantal ziektegevallen werd waargenomen bij gevaccineerde kinderen, die in contact kwamen met mazelen in hun eigen huis en dus waarschijnlijk bloot stonden aan zware besmetting. De gevonden ziektepercentages van de drie groepen bedroegen respectievelijk 9, 6 en 83.

Hoewel de mazelen-vaccinatie een hoge graad van doeltreffendheid blijkt te hebben, werden niet alle kinderen tegen deze ziekte beschermd. Voor een deel was dit te wijten aan het feit dat de ziekte uitbrak korte tijd na de enting, dus voordat de immuniteit zich had kunnen ontwikkelen. De meeste gevallen traden evenwel geruime tijd na de enting op en waren volgens de auteurs waarschijnlijk te wijten aan het onvermogen van sommige kinderen voldoende anti-stoffen te vormen. Uit serologische onderzoeken is inderdaad gebleken, dat een klein deel van de kinderen geen aantoonbare antistoffen te zien gaf. (Helaas gaven de auteurs niet aan of de mazelen-patiëntjes onder de gevaccineerde kinderen tot deze categorie behoorden, ref.).

Tenslotte wordt uitgebreid over de voor- en nadelen van beide entingsmethoden en over het grote belang van de mazelen-enting ter verlaging van de mazelen-morbiditeit vooral in een epidemie-jaar.

C. H. Bowles

66-39. Spontaneous descent of the testicle. *Cour-Palais, I. J. (1966) Lancet I, 1403.*

Van 4580 jongens werd tijdens een routine-schoolonderzoek nagegaan of de testikels waren ingedaald. De leeftijd waarop het onderzoek geschiedde, was 5, 8, en 11 tot 13 jaar. In elke groep bevonden zich circa 1500 jongens. Bij 132 jongens werden niet-ingedaalde testikels aangetroffen, van wie er na zorgvuldig heronderzoek 36 overbleven. Voor de drie leeftijdsgroepen waren de aanvankelijke percentages 3,2, 2,7 en 2,7; na herziening 0,8, 0,9 en 0,6. Deze laatste percentages stemmen goed overeen met de bevindingen van andere auteurs omtrent niet-ingedaalde testikels bij volwassenen: 0,5 procent. De schrijver verbindt hieraan de conclusie dat spontane indaling van geretineerde testikels zeldzaam schijnt te zijn.

Bij het eerste onderzoek werd dus bij circa 3 procent der jongens (anderen vonden 2,5 tot 9,4 procent) gevonden, dat de testikels niet zijn ingedaald. Heronderzoek, dat dit percentage terugbrengt tot het niveau der volwassenen, is erop gericht de retractiele testikels te scheiden van de echte niet-ingedaalde. De schrijver gaat hierbij als volgt te werk: de jongen wordt op de onderzoekbank gelegd met de benen licht gebogen en geabduceerd in de heup. Als de testikel(s)

kunnen worden gevoeld, wordt zachtjes in de richting van het scrotum gemasseerd waar zij met de andere hand kunnen worden gepakt en omlaag getrokken. Als de testikel niet palpabel is komt, door stevig strijken (van de spina iliaca superior anterior over het inguinaalkanaal naar de annulus externus) de testikel vaak omlaag. Er dient voor te worden gewaakt het kind niet te laten schrikken of met koude handen te palperen.

A. J. M. Daniëls

66-47. Die semiquantitative Bestimmung der Blutglukose mit dem Dextrostix-Feststreifen. *Bürki, W., H. Märki, M. L. Mittelholzer en K. - Bischofberger (1966) Schweiz, med. Wschr. 96, 1074.*

Sinds enige tijd zijn er teststrookjes voor een schatting van het bloedsuikergehalte in de handel. (Dextrostix, Ames). De reactie berust op hetzelfde principe als dat van Clinistix: glucose wordt onder invloed van een oxydase in gluconzuur en H₂O₂ omgezet, dat onder invloed van een peroxydase kleurloos oxytoluidine omzet in een blauwgekleurde verbinding. De teststrook is bedekt met een semipermeabele membraan, waardoor het mogelijk is de erythrocyten af te spoelen. Door vergelijking met een kleurschaal kan het glucosegehalte worden vastgesteld.

De schrijvers bepaalden in 265 monsters bloed het glucosegehalte met Dextrostix en vergeleken dat met de, in hun laboratoria gebruikelijke methoden (Crecelius-Seifert, een enzymatische methode en Kaliumferricyanidereductie). Het blijkt, dat vooral voor met Dextrostix normale waarden, de exacte metingen een sterke strooiing vertoonden. Een duidelijke hyperglykemie (van 200 mg% of meer), wordt ook met Dextrostix aangegeven. Hierin ligt dan ook de klinische bruikbaarheid, namelijk om bij comateuze toestanden snel een hyperglykemie aan te tonen. Voor de diagnose en controle van diabetes is deze methode niet geschikt.

Het is van belang dat de reactietijd van één minuut stipt wordt aangehouden, daar bij langere waarnemingstijden veel hogere waarden worden gevonden. De reactietemperatuur heeft bij de gebruikelijke schommelingen van de kamertemperatuur weinig invloed.

J. G. Antvelink

Boekbesprekingen

G. van Proosdij. Het spijsverteringskanaal bij bejaarden. Deel 9 van de Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1966; 223 bladzijden, prijs f 27,50; bij abonnement op gehele serie f 22,—.

In het „Voorwoord” schrijft Dr. J. Th. R. Schreuder, dat naar zijn mening dit boek als voorbeeld kan dienen voor het opbouwen van een leerboek der geriatrie. Na het lezen van dit boek zal men tot de conclusie moeten komen, dat een leerboek der geriatrie een volledige boekenplank in beslag zal nemen. Het is Van Proosdij gelukt om in een vlot geschreven tekst de uitgebreide en multiconditionele pathologie van het spijsverteringskanaal bij bejaarden te behandelen. De titel van het boek doet vermoeden, dat vooral op de fysiologie van het spijsverteringskanaal bij bejaarden de nadruk wordt gelegd. Begrijpelijk is echter, dat na een korte aantekening over de fysiologische atrofie of atonie en de vermindering van de functionele reserves — het woord slijtage wordt nergens genoemd — van het betreffende deel van het spijsverteringskanaal, de pathologie van het orgaan wordt besproken.

De indeling van de behandelde stof is op basis van de anatomie, te beginnen bij de mond en eindigend bij het colon. Uitgebreid wordt geciteerd uit goede en recente literatuur op het gebied van de geriatrie. Veel waarde hecht Van Proosdij aan die studies, waarin grote groepen bejaarden worden besproken en hun veelzijdige pathologie. Ter afwisseling worden uit de literatuur casuïstische mededelingen bondig en goed weergegeven. Weinig eigen onderzoek of ervaring wordt echter medegedeeld. Steeds weer wordt de nadruk gelegd op goed lichamelijk onderzoek.

Het groot aantal bejaarden in Nederland dwingt de huis-